

операции пациенты не требовали частого применения анальгетиков и наблюдалось быстрое восстановление физической активности. Послеоперационный период в стационаре составил 14-23 дня, что в основном было обусловлено наличием нефростомического или пиелостомического дренажа.

Хорошим результатом лечения гидронефроза считали: отсутствие конверсии при лапароскопической пиелопластике, повторных операций (манипуляций); исчезновение жалоб, уменьшение размеров лоханки и чашечек, увеличение размера паренхимы. У двух пациентов отмечалось обострение хронического пиелонефрита в ближайшем послеоперационном периоде. У двух больных в первые сутки после операции произошло выпадение нефростомы (это было в самом начале освоения методики), что в одном случае потребовало выполнение открытой постановки, за последние два года случаев выпадения нефростомы не было. Осложнений в виде рубцевания в зоне анастомоза не было выявлено.

При контрольном обследовании (через 4-6 мес) уменьшение размеров лоханки и чашечек почки было достигнуто у 14 (93%) больных. Косметические результаты были отличными.

Выводы. Таким образом учитывая преимущества лапароскопической пиелопластики: хорошая визуализация анатомических структур за счет оптического увеличения, локальное выделение пиелоуретерального сегмента, возможности прецизионного наложения швов, достаточное рабочее пространство для выполнения пиелоуретероанастомоза, хороший косметический эффект, короткий послеоперационный период и быстрое восстановление физической активности, а также получение отличных результатов лечения. Лапароскопическая пиелопластика может являться операцией выбора у пациентов с обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента.

Литература:

1. Эновидеохирургия при лечении обструкции пиелоуретрального сегмента у детей / Ю. Э. Рудин [и др.] // Эксперим. и клин. урология. – 2014. – № 4. – С. 110–115.
2. Эндоскопическая хирургия в педиатрии: руководство для врачей / А.Ю. Разумовский [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с.

АУТОМИЕЛОАСПИРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Камендровская А.А., Федянин С.Д.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Сахарный диабет является распространенным заболеванием среди старшей возрастной группы. Поздняя стадия

заболевания с трофическими нарушениями, поражение дистального сегмента, сопутствующая патология являются причинами отказа в реконструктивных операциях у 50-75% пациентов. Именно методы не прямой реваскуляризации в данной ситуации могут использоваться с целью профилактики прогрессирования процесса, ведущего к высоким ампутациям нижних конечностей и инвалидности [1].

В последние годы все больше интереса вызывает разработка методов не прямой реваскуляризации, основанных на введении аспиринов костного мозга в мягкие ткани конечностей [2]. Успешно начато применение аутомиелоаспиринов для не прямой реваскуляризации при облитерирующих заболеваниях. В 2007 году в Национальном институте хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова Украины выполнено исследование возможности использования аутоотрансплантации костного мозга и реваскуляризирующей остеотрепанации в комплексном лечении пациентов с хронической критической ишемией нижних конечностей. Результаты продемонстрировали устранение явлений критической ишемии, заживление ран стопы. Это позволило избежать высокой ампутации конечности в 88,2% случаев [2, 3]. В 2010 году были проведены исследования в Институте неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака Украины. Выполнялась пересадка стволовых клеток костного мозга в мышцы голени у пациентов с хронической артериальной недостаточностью 3б-4 стадии согласно классификации Покровского-Фонтейна. У всех пациентов через 2 месяца после операции отмечалось увеличение дистанции безболевого ходьбы. Показатели регионарной гемодинамики достоверно улучшились у 88,9% пациентов [4]. Однако данные методики требуют наличия специального оборудования, операционных сверхвысокой чистоты, являются весьма травматичными, что делает невозможным их использование на уровне базового звена системы здравоохранения. В связи с этим необходима разработка альтернативных методов не прямой реваскуляризации и стимуляции неангиогенеза, которые могут быть применены на уровне базового звена системы здравоохранения. Это будет способствовать расширению охвата хирургической помощью пациентов с сосудистой патологией нижних конечностей.

Цель исследования. Разработать и внедрить технически простой метод не прямой реваскуляризации нижних конечностей, основанный на применении аутоотрансплантации аспиринов костного мозга и оценить результаты его применения.

Материал и методы. Нами разработан и внедрен метод не прямой реваскуляризации нижних конечностей, основанный на использовании аутоаспиринов красного костного мозга (реваскуляризирующая аутомиелотрансплантация). Внедрение метода одобрено комиссией по врачебной этике и деонтологии Государственного учреждения здравоохранения «Витебская городская центральная клиническая больница».

Под местной анестезией иглой И.А. Кассирского выполняется стерильная пункция и осуществляется забор красного костного мозга. Производится местная анестезия в зоне точек введения аспирата на бедре и голени с последующей реплантацией аспирата костного мозга путем его введения в мышцы бедра и голени. Накладывается асептическая повязка [5].

По предлагаемому методу прооперировано за 2015-2016 год 22 пациента, страдающих сахарным диабетом с хронической артериальной недостаточностью 4 стадии. Во всех случаях было невозможно выполнить реконструктивные операции на магистральных сосудах. Пациенты находились на лечении в отделении проктологии Государственного учреждения здравоохранения «Витебская городская центральная клиническая больница».

В сентябре 2017 года выполнено анкетирование 16 пациентов (9 мужчин и 7 женщин), оперированных в 2015 году, по разработанному нами опроснику. Все пациенты страдали сахарным диабетом 2 типа. Средний возраст мужчин составил 60,2 года, женщин – 67,4 года. В двух случаях реваскуляризирующая аутомиелотрансплантация проводилась дважды.

Для лечения пациентов использовали сосудорасширяющие и спазмолитические средства (но-шпа, папаверин, эуфиллин), стероидные и нестероидные анаболические препараты (ретаболил), гепарин, никотиновую кислоту, пентоксифиллин, актовегин, солкосерил, низкомолекулярные декстраны. Медикаментозное лечение было направлено на улучшение реологических свойств крови, местной микроциркуляции и трофики тканей.

Местное лечение ран осуществлялось антисептиками (септомирин, мукосанин, диоксидин, йодискин, 10% раствор хлорида натрия, 3% раствор перекиси водорода) и мазями на водорастворимой («Меколь», «Повидон-йод») и жировой (метилурациловая, гентамициновая, синтомициновая эмульсия) основах.

Результаты исследования. У всех 22 пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечена положительная динамика: уменьшение болей, купирование явлений критической ишемии нижних конечностей, переход раневого процесса в репаративную фазу.

За прошедшее время с момента операции в 2015 году из 16 умер 1 пациент, нижняя конечность сохранена у 11 из 15 пациентов (73,3%). Все опрошенные пациенты передвигаются самостоятельно, либо с помощью трости или протеза. В динамике улучшение качества жизни после операции отмечают 46,7 % опрошенных.

Выводы. Таким образом, разработан и внедрен технически простой метод не прямой реваскуляризации нижних конечностей, основанный на применении аутоотрансплантации аспирата костного мозга;

В результате применения предложенного метода у 11 из 15 пациентов (73,3%) с хронической артериальной недостаточностью 4 стадии, оперированных в 2015 году, удалось избежать высокой ампутации пораженной конечности и сохранить ее опороспособность.

Литература:

1. Использование клеточных технологий при лечении хронической ишемии нижних конечностей / Р. В. Салютин [и др.] // Клин. хирургия. – 2012. – № 12. – С. 27–29.
2. Дрюк, Н. Ф. Реваскуляризирующие операции при облитерирующем поражении артерий голени и стопы у больных с хронической критической ишемией нижних конечностей / Н. Ф. Дрюк, В. И. Киримов // Клін. хірургія. – 2007. – Т. 5, № 6. – С. 48–49.
3. Применение аутологичных аспиратов, а также мультипотентных стромальных клеток костного мозга и жировой ткани в сосудистой хирургии / Н. Ф. Дрюк [и др.] // Клін. хірургія. – 2012. – № 12. – С. 24–29.
4. Аутотрансплантация стромальных стволовых клеток в лечении облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей / В. К. Гринь [и др.] // Вестн. неотлож. и восстанов. медицины. – 2010. – Т. 4, № 11. – С. 512–513.
5. Метод непрямой реваскуляризации нижних конечностей : рац. предложение ; № 5. 18.03.15. – Витебск : ВГМУ.

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кожар В.Л., Луд Н.Г., Соболев В.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. После Чернобыльской аварии в РБ отмечен значительный рост заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ). С 1986 по 2016 год заболеваемость увеличилась с 1,4 до 12,5 на 100 тысяч населения. В настоящее время заболеваемость стабилизировалась, но без тенденции к уменьшению.

Поскольку при РЩЖ хирургическое лечение имеет решающее значение, то определение объема вмешательств на первичном очаге и регионарном лимфатическом аппарате является принципиально важным [1]. До настоящего времени в литературе сохраняется дискуссия о возможности выполнения органосохраняющих операций. С другой стороны сторонники расширенных операций приводят в свою пользу высокую вероятность мультицентрического и билатерального злокачественного роста в щитовидной железе [2]. Принципиально важным является определение тактики по отношению к регионарному лимфатическому аппарату [3]. Сторонники превентивных лимфодиссекций на шее у пациентов с РЩЖ обосновывают их необходимость высокой частотой метастазирования в лимфатические узлы и трудностью их выявления при УЗИ в центральном футляре [4].